

esternal. Paciente não conseguiu realizar transplante de medula óssea autólogo (ATMO) de consolidação por dificuldade de acesso ao serviço. Manteve manutenção com talidomida. Após 1 ano do término do tratamento, paciente apresentou icterícia progressiva por síndrome colestatia. Exames bioquímicos eram negativos para recidiva de Mieloma Múltiplo, sendo realizada laparotomia exploratória com biópsia de uma lesão em cauda de pâncreas e linfonodo retroperitoneal, enviado para anatomopatológico e Imunohistoquímica, que evidenciou pancreatite crônica e infiltração em linfonodo retroperitoneal por Mieloma Múltiplo. Realizado 4 ciclos de quimioterapia DCEP e encaminhada para ATMO. **Discussão:** Este caso apresenta uma paciente com Mieloma Múltiplo de cadeia leve Lambda e IgA, classificado como IIA, tendo como primeira apresentação uma massa em região esternal de crescimento súbito, cuja biópsia apontou a neoplasia e exames de medula confirmaram a doença sistêmica. O tratamento foi feito com quimioterapia e radioterapia, sem consolidação com ATMO. Após 1 ano de estabilidade da doença, paciente abriu quadro de icterícia com lesão pancreática e adenomegalia retroperitoneal, na ocasião os exames bioquímicos eram negativos para Mieloma Múltiplo. A biópsia linfonodal confirmou uma recidiva de Mieloma Múltiplo como uma manifestação incomum da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.342>

MIELOMA MÚLTIPLO COM TRANSFORMAÇÃO PARA LINFOMA PLASMABLÁSTICO: RELATO DE CASO

JS Fujishima, JCPS Filho, AVSVD Berg, TX Carneiro, LFSK Pantoja, MA Pinto, BLSA Lima, VS Siqueira, EA Fonseca, JRM Barros

Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém, PA, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de células plasmocitárias, que acomete principalmente indivíduos com mais de 50 anos, tendo variada apresentação clínica e abordagem terapêutica. O linfoma plasmablastico (LPB) é um linfoma não Hodgkin de células B, raro e agressivo, correspondendo a menos de 2% dos linfomas, tendo íntima relação com o vírus HIV. **Relato:** Paciente do sexo feminino, 34 anos, portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) há cerca de 10 anos, em uso de terapia antirretroviral, porém sem bom controle de doença, evoluiu com tumoração frontoparietal da direita, cujo anatomopatológico e IHQ sugeriu neoplasia de plasmócitos, sendo referenciada ao Hospital Ophir Loyola. Evidenciado, nos exames iniciais, os seguintes achados: Mielograma: ausência de plasmocitose; Eletroforese de proteínas séricas: Presença de múltiplas bandas monoclonais na região das gamaglobulinas, Pico monoclonal: 9,2 g/dL; Imunofixação de proteínas séricas: Presença de componentes monoclonais IgG/Kappa, IgG/ Lambda e cadeia leve Lambda; hemoglobina: 7,5 g/dL; ureia: 160; creatinina: 6,68; DHL 277; e beta-2-microglobulina: 50,84; tomografias de coluna vertebral demonstraram lesões líticas em colunas cervical e lombar. Desta forma, definido diagnóstico de MM IgG/Lambda ISS III.

Iniciado protocolo VCD (velcade- ciclofosfamida-dexametasona) e ácido zoledrônico, tendo realizado apenas 4 ciclos, sendo mantida conduta conservadora quanto a disfunção renal. Nesse interim, evoluiu com surgimento de lesão expansiva em região cervical direita, medindo 7,3 x 4,8cm, com invasão de canal medular. Foi avaliada pela neurocirurgia que indicou descompressão medular, não realizada devido descompensação clínica importante da paciente, a saber: dor intensa em nova lesão cervical, perda de força em membro superior, hipoacusia ipsilateral, náuseas e vômitos incoercíveis, sendo então encaminhada a internação hospitalar, onde apresentou intercorrências infecciosas e piora de função renal. Submetida a biópsia em massa cervical, cuja imunohistoquímica revela linfoma de alto grau com morfologia plasmablastica, com co-expressão de CD138, MUM1 e restrição de cadeia Kappa, sendo apoiado diagnóstico de LPB transformado ou em transformação de MM. Foi prescrito protocolo VTD PACE e radioterapia, entretanto antes de iniciar o tratamento, paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência e piora clínica, evoluindo a óbito. **Discussão:** O LPB é um desafio diagnóstico e terapêutico. Apesar de muito raro, tem íntima relação com infecção pelo HIV e/ou imunodeprimidos, o que corrobora com o quadro da paciente descrita, tendo como fator de mau prognóstico baixas contagens de linfócitos T CD4, além de baixo tempo de sobrevida. Devido ambos se tratarem de neoplasias com morfologia plasmocitária, pode haver certa dificuldade no diagnóstico, sendo imprescindível o estudo imunohistoquímico para definição e início de tratamento. **Conclusão:** Devido a minoritária incidência entre as doenças oncohematológicas, o LPB não está entre as principais hipóteses diagnósticas. A literatura é escassa quanto a casos de transformação de MM em LPB, em contrapartida são descritas transformações em pacientes portadores de Leucemia Linfocítica Crônica e Linfoma Folicular.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.343>

MIELOMA MÚLTIPLO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA

CA Martins^a, JF Fernandes^a, MVSP Cirilo^a, LC Marques^b, JPR Cavalcante^b, EMMB Bariani^b, LCO Bariani^b, C Bariani^b, FS Miranda^b, NMA Freitas^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital Araújo Jorge (HAG), Goiânia, GO, Brasil

MRS, 76 anos, feminino, queixa de cefaleia há mais de 30 dias, de forte intensidade, frontal à direita, associada a ptose palpebral e diminuição da acuidade visual ipsilateral. Ao exame físico apresentava dor ocular, paresia do III nervo, proptose à direita. Em ressonância magnética de crânio visualizou-se lesão sólida de aspecto infiltrativo na asa maior do esfenoide, 4,2 x 3,3 x 3,2 cm, com destruição do osso temporal, comprimindo as estruturas do cone orbitário e em contato músculos oculares, nervo óptico e glândula lacrimal, além de exoftalmia à direita. Realizado tratamento cirúrgico de ressecção de tumor cerebral, intracraniano, extradural, invadindo a fossa



infratemporal direita e comprimindo o cone orbitário. Estudo imuno-histoquímico apresentou plasmocitoma variante plasmoblástico, cadeia leve kappa +. Em ressonância magnética de coluna dorsal apresenta fratura e colapso de D12, sugestivo de infiltração neoplásica. Exames laboratoriais com hemoglobina 11.5, cálcio 9.5, IgG 3125, β_2 microglobulina 5, eletroforese proteínas com pico monoclonal γ : 3.4 = 37% e imunofenotipagem compatível com mieloma múltiplo: 27% plasmócitos, kappa +. Proposto tratamento radioterápico no leito cirúrgico e quimioterápico com ciclofosfamida, talidomida e dexametasona. O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia progressiva e incurável de células B, o envolvimento da órbita por tumores de células plasmáticas é raro. Em revisão de 2.000 casos, relatados apenas cinco plasmocitomas, destes, somente um apresentou envolvimento e destruição da margem orbitária. O envolvimento orbital no MM tem menos de 50 casos relatados na literatura (2009). O envolvimento orbital é geralmente unilateral e mais frequentemente relacionado ao esfenoide. Na maioria dos casos, o início dos sintomas é insidioso com proptose que progride lentamente acompanhada de dor, diplopia e deficiência visual. Em revisão sistemática de 1950 a 2016, 315 casos, nenhum envolveu órbita, e o estudo mostra que a modalidade combinada cirurgia com radioterapia é superior à uni-modalidade na prevenção da recorrência local, mas a irradiação nodal não tem impacto na recorrência local. Acometimento ocular como primeira manifestação do MM é muito raro e parece haver ligação entre a cadeia leve Kappa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.344>

MIELOMA MÚLTIPLO CURSANDO COM ADENOMEGALIA PERIFÉRICA E RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

SL Zielak, MB Cursino

Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia caracterizada pela proliferação de plasmócitos produtores de imunoglobina monoclonal, progredindo clinicamente com lesão óssea, supressão da hematopoiese, falência renal, infecções, hiperviscosidade sanguínea e sintomas neurológicos. Outra neoplasia muito comum do tecido linfóide os Linfomas classicamente apresentam adenomegalias indolores geralmente cervicais ou supraclaviculares. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso de MM com evolução clínica peculiar. Para o relato do caso foram utilizados dados da equipe médica que assistiu o paciente e dados do prontuário. Paciente ACBSA, 57 anos, hipertenso e tabagista refere episódio de “estalo”, dor e limitação funcional do ombro esquerdo há 12 horas ao subir em sua bicicleta e desequilibrar-se, sem queda. Ao exame com dor e limitação de movimentos em MSE, sem outras alterações. A radiografia de ombro esquerdo evidenciou fratura no colo cirúrgico do úmero e aparente alteração da estrutura óssea no local da fratura podendo corresponder a fratura patológica. Paciente foi internado para correção cirúrgica de fratura do colo do úmero e investigação

de fratura patológica. Foi realizado USG de abdome total, hemograma, leucograma, contagem de reticulócitos, bioquímica, dosagem de PTH, calcemia, eletroforese de proteínas, eletroforese de cadeias leves, beta-2-microglobulina, PSA, marcadores tumorais (CEA, CA 125, CA 15.3, CA19.9 e alfafeto-proteína) e raio-x de esqueleto sem alterações. A imuno-eletroforese de proteína urinária foi positiva para a presença de bandas monoclonais e negativa para presença de cadeia leve Lambda, a dosagem sérica total de IgA, IgG e IgM foi diminuída. A TC do ombro esquerdo mostrou fratura na diáfise proximal do úmero com formação hiperdensa ocupando a medular do colo cirúrgico e a diáfise proximal em contiguidade, podendo representar hematoma ou massa sólida. A biópsia de fragmento cirúrgico do úmero esquerdo apresentou quadro morfológico de plasmocitoma com imuno-istoquímica positiva para Plasma Cell (CD 138) e cadeia leve Kappa, o mielograma corroborou o diagnóstico de Mieloma Múltiplo sendo então iniciada quimioterapia com esquema de Ciclofosfamida, Bortezomibe e Dexametasona e acompanhamento ambulatorial. 5 meses depois paciente reinternado com quadro de dor intensa em região sacra, edema importante em MMII, apresentando lesão expansiva em L4-S1 com compressão nervosa e vascular, foi iniciado quimioterapia DT-PACE e radioterapia em região lombo-sacra para regressão da lesão com boa resposta clínica. Ainda na internação paciente evoluiu com linfonodomegalia cervical e retroperitoneal sendo realizada biópsia de linfonodo cervical que evidenciou quadro morfológico de plasmocitoma com imuno-histoquímica positiva para plasma cell (VS38c) e cadeia leve Kappa. Paciente obteve boa resposta clínica, sendo indicado para transplante de medula óssea, porém progrediu dias depois com óbito devido infecção de foco pulmonar. O caso apresentado chama atenção para a presença de linfonodomegalia como uma apresentação clínica incomum do Mieloma Múltiplo classicamente presente nos Linfomas, que pode confundir o raciocínio clínico e deve alertar o médico para a necessidade de investigação minuciosa do quadro clínico em pacientes oncológicos, atentando inclusive para a pertinente indicação de biópsia e mielograma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.345>

MIELOMA MÚLTIPLO DE DIFICULDADE DIAGNÓSTICA POR HEMOGRAMA COMPATÍVEL COM DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA CRÔNICA

RN Oliveira, TCR Raimundo, MM Mendes, L Sá,
SBA Mattar, CP Oliveira, AP Resende,
FS Camargo, DE Silva, MPS Souza

Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), Pouso
Alegre, MG, Brasil

Introdução: Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, resultando em produção anômala de imunoglobulinas. Essa produção anômala apresenta-se com pico monoclonal de determinado anticorpo, com predominância de IgG na maioria dos casos, e implica em diversas

